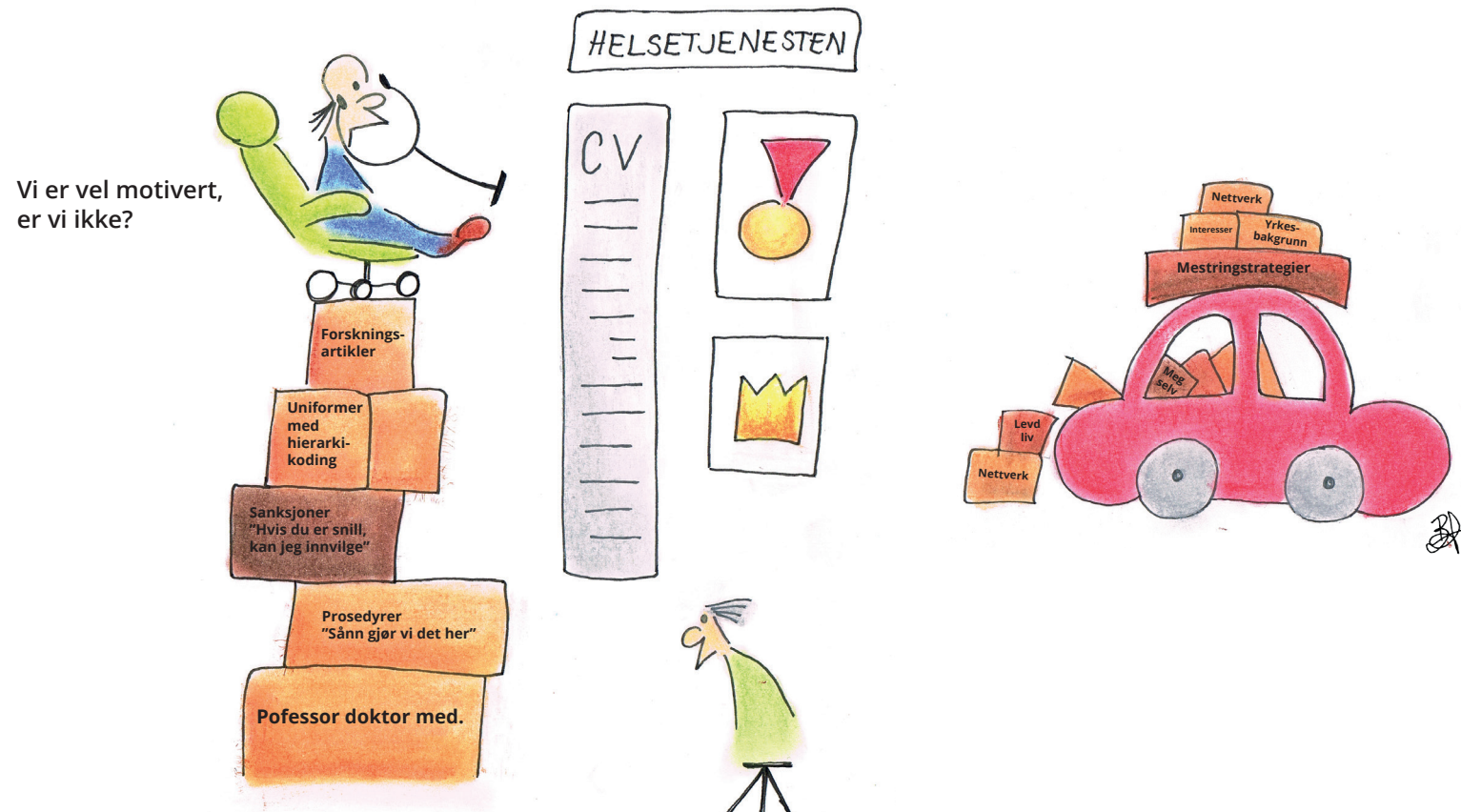




Et refleksjonsprogram om habilitering og rehabilitering for ansatte i kommunehelsetjenesten

Utarbeidet av Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester i Viken (Akershus)



Hva er et refleksjonsprogram?

Hva hvis vi ikke endrer på noen ting, og så skjer det plutselig et mirakel?



Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator.

Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator

Dette refleksjonsprogrammet utgjør en grunnleggende kompetansepakke vi mener er nødvendig for alle ansatte som skal jobbe med habilitering, rehabilitering eller mestringsfremmende tjenester i kommunehelsetjenesten. Refleksjonsprogrammet skal sikre at tjenesteutøverne har en felles forståelse av ideologi og sentrale begreper, at habilitering- og rehabiliteringstjenestene utføres i tråd med gjeldende lovverk (herunder forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator) og at de øvrige helse- og omsorgstjenestene gjennomføres av et fokus på brukers mestring. Mestringsperspektivet blir ofte beskrevet som et rehabiliterende tanke sett. Dette programmet passer for alle tjenesteutøvere som jobber i kommunal helse- og omsorgstjeneste.

Refleksjonsprogrammet er ment som en inspirasjon og et hjelpemiddel for å fremme refleksjon og tverr-



Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-19)

faglig diskusjon med utgangspunkt i egen arbeidshverdag. Opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering (2017-19) peker på at tverrfaglighet er en forutsetning for å lykkes med rehabilitering. De siste årene har det vært en utvikling i kommunene i retning av å sette sammen tverrfaglige team; innsatsteam, hverdagsrehabiliteringsteam, rehabiliteringsteam og team med andre betegnelser. Ansatte i disse teamene forteller at de aldri har satt seg ned sammen for å sikre at de har en felles oppfatning av deres oppdrag og hvordan de skal jobbe sammen. Det tverrfaglige samarbeidet bærer mer preg av å være informasjonsutveksling, enn å være et felles prosjekt for å utforske brukerens virkelighet og endringsmuligheter. Vi anbefaler dette refleksjonsprogrammet for etablerte tverrfaglige team, og for kollegaer som ønsker å samarbeide tettere med en felles forståelse av rehabilitering og mestring som brukerens prosess.

Dette refleksjonsprogrammet er utarbeidet av Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester. Utviklingssenteret i Akershus ble høsten 2016 tildelt prosjektmidler fra Helsedirektoratet gjennom tilskuddsordningen: Kompetanseutvikling i kommunene Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering. Planen peker på at det fortsatt savnes kompetanse i både spesialisthelsetjenesten og kommunene. I 2019 fikk utviklingssenteret ytterligere midler til pedagogisk tilrettelegging av refleksjonsprogrammet. I denne prosessen så vi behov for å tilrettelegge programmet for ansatte som ikke jobber med spesialisert rehabilitering, men skal fremme mestring hos brukere. Det eksisterer derfor to utgaver av dette refleksjonsprogrammet.

Pedagogisk plattform

En persons kompetanse utgjøres av evner, kunnskaper, ferdigheter og holdninger (Lai, 2012). Ofte blir kunnskap overfokuset og holdninger underfokuset i kompetanseutvikling. Ferdigheter og holdninger er i stor grad «taus» (implisitt) kunnskap, men kommer til syne gjennom praksis (ibid). Vi mener derfor at refleksjon over egen praksis i en tverrfaglig gruppe, vil være den beste innfallsvinkelen for å arbeide med disse dimensjonene av kompetanse. En metode der man systematisk og kritisk reflekterer over daglige erfaringer, betegnes som aksjonslæring. Gjennom refleksjonsprogrammet ses disse erfaringene i lys av teori for å oppnå nye innsikter, og de ansatte jobber med å finne løsninger på utfordringer som de står overfor i sin arbeidshverdag. "Aksjonslæringens grunnleggende verdier er deltakelse, involvering, ansvarliggjøring, kritisk refleksjon og forpliktelse til å lære av erfaringer." (Praksisveilederen.pressbooks.com 04.09.2018 med henvisning til Tiller 1999 og 2006).



"Aktivitet og mestring". Et læringsprogram i hverdagsrehabilitering og velferdsteknologi. Tom Tiller om aksjonslæring

Refleksjonsprogrammet har to gjennomgående bånd som flettes sammen: kompetanse innen helsepedagogikk og kompetanse innen habilitering, rehabilitering og mestringsarbeid. En helsepedagogisk tilnærming vil fremme tjenesteutøvernes evner til å hjelpe brukeren til å ta førersetet i sin egen rehabiliteringsprosess. Vi ønsker ikke å knytte oss til en bestemt modell, men presenterer ressurser for ytterligere fordypning i metoder innen coaching og veiledning (som for eksempel MI og LØFT).

Siktemålet er at de ansatte tilegner seg holdninger og ferdigheter som gjør at de i større grad utforsker det brukeren sier. Dette innebærer en grunnleggende innstilling om at det brukeren sier, har en betydning. Vi må forsøke å finne ut hva brukeren egentlig vil si oss, i stedet for å avfeie historier som "løst snakk" og avsporinger fra tema.

Gjennomføring

I tillegg til dette innledende kapittelet, består refleksjonsprogrammet av fem temabolker. Hvert tema inneholder en kort teoridel. Siktemålet er ikke å gjenta teori som kan finnes i andre kilder, men å presentere noen hovedpunkter. Vi henviser derfor til nettressurser (nettsteder, e-læringskurs, filmer og skriftlig materiale) for ytterligere fordypning, markert med følgende fire ikoner.



Etter teorien følger eksempler fra praksis, med tilhørende spørsmål til diskusjon. Siste del av hvert tema oppfordrer deltakerne til å løfte frem en problemstilling fra egen praksis, og lage en strategi for hvordan de kan håndtere denne utfordringen med en ny innfallsvinkel neste gang de møter bruker. Deltakernes erfaringer i forbindelse med utprøvingen tas så opp til evaluering på neste møte i refleksjonsgruppa. Vi foreslår at teamet jobber med refleksjonsprogrammet ukentlig, men vi mener det er en styrke ved programmet at deltakerne selv bestemmer hvor mye tid de skal sette av, og hvor ofte. Endring av praksis forutsetter at man fokuserer på det over tid. Det er derfor en fordel å jobbe med refleksjonsoppgavene og praksisutfordringene i flere omganger.

Eksempel

Dere jobber med temaet om «mestringsevne», og har lest teorien og eksempelet enkeltvis før samlingen. Når dere møtes, velger dere ut et par av nettressursene som dere går igjennom sammen. Samtalen rundt den ene av refleksjonsoppgavene leder dere inn på en diskusjon om en dame (bruker) dere samarbeider med. Et av målene til bruker er at hun skal rydde opp i leiligheten. Dere har sammen blitt enige om at hun skal starte med å rydde opp i skuffen med duker. Da dere kom tilbake neste gang, hadde hun ikke engang åpnet skuffen med duker. Bruker forklarte at oppgaven hadde følt uoverkommelig. Under den tverrfaglige diskusjonen blir dere enige om å utforske nærmere den følelsen brukeren har av at oppgaven er uoverkommelig. Hva bunner dette egentlig i? Dere plukker ut noen av spørsmålene som er foreslått i kapitlet, den eller de som skal til bruker neste gang skriver opp og gjennomfører det dere har blitt enige om på neste besøk. På neste samling starter dere med å evaluere det som skjedde. Alle deltakerne i gruppen bør få hver sin oppgave mellom samlingene.



Hovedtema

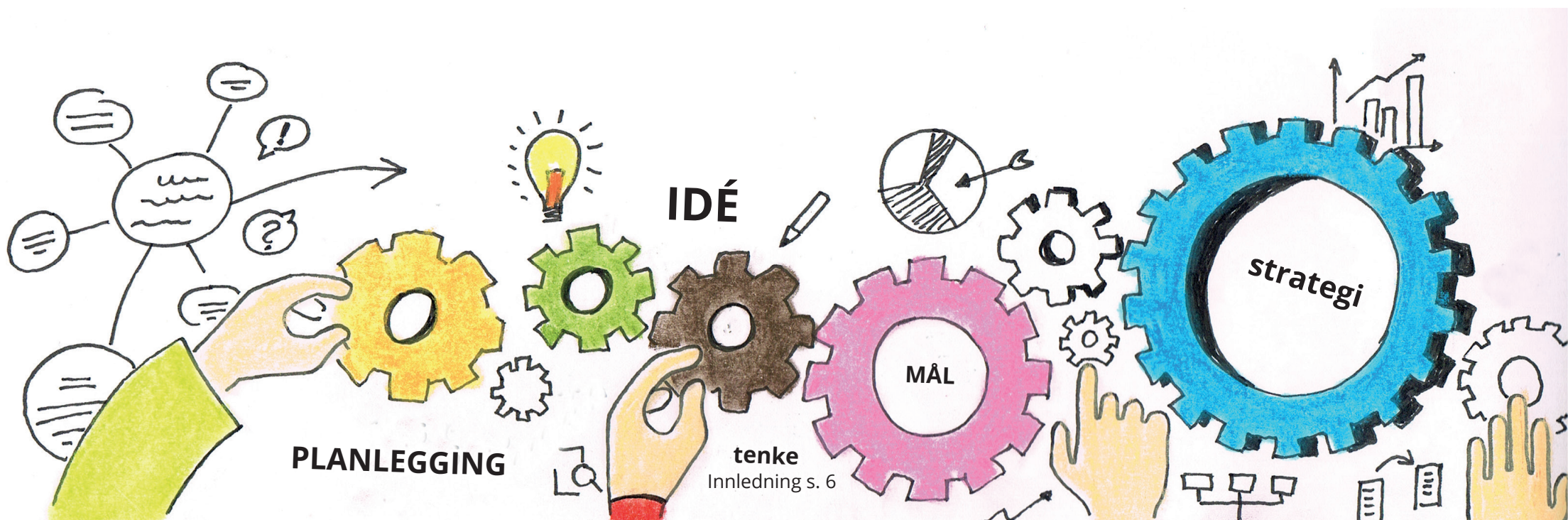
Undertema

1	Hva er habilitering, hva er rehabilitering og hva er mestringsfremmende praksis?	Definisjoner av rehabilitering Kommunenes rolle i rehabilitering Hvorfor må vi begynne å jobbe annerledes? Rehabiliteringspyramiden Hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring
2	Brukermedvirkning og samskaping	Brukermedvirkning og empowerment Relasjonskompetanse Kommunikasjon Endret kommunerolle, samvalg og samskaping Samarbeid
3	Mål	Mål og motivasjon Betydningen av mål SMARTE mål Akrivitetshjulet Hvordan finne brukerens mål? Brukers plan Koordinering Kunnskapsbasert praksis
4	Mestring	Mestringsstrategier Hva er viktig for deg? Mestringstro Kontrollplassering Salutogenesisk helsemodell
5	Funksjon, selvstendighet og deltakelse	Medisinsk og sosial modell av funksjonshemming Intensiv habilitering Spillteknologi i kommunal rehabilitering ICF GAP-modellen Opplevelse av kronisk sykdom Et kroppsfenomenologisk perspektiv

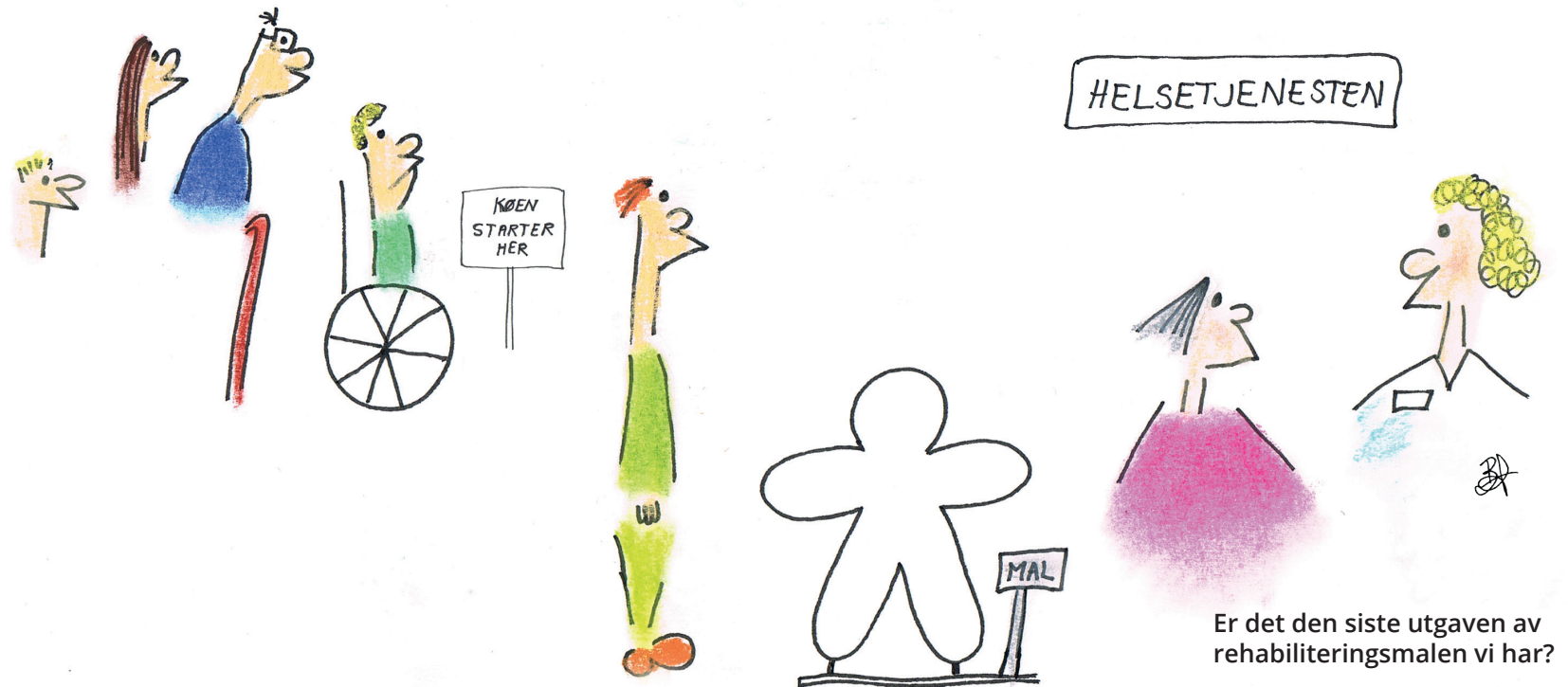
Til første refleksjonssamling

Til første samling med gruppa, skal du lete frem det som finnes av styringsdokumenter for habilitering, rehabilitering eller mestringsfremmende tjenester i din kommune. Det kan for eksempel være kommuneplan, helse- og omsorgsplan, rehabiliteringsplan, kompetanseplan og opplæringsplan. Lag deg en oversikt over hvilke føringer disse planene legger for din avdeling/virksomhet.

Finn frem prosedyrer/rutiner som gjelder for ditt arbeid. I løpet av refleksjonsprogrammet blir du bedt om å vurdere i hvilken grad prosedyrene/rutinene gjenspeiler den forståelsen av habilitering- og rehabilitering som synliggjøres i refleksjonsprogrammet.



Hva er habilitering, hva er rehabilitering og hva er mestrings- fremmende praksis?



Rehabilitering har i mange miljøer nokså ensidig blitt oppfattet som funksjonsforbedring. Man har tatt utgangspunkt i en normalitetsideologi: ut fra et kroppslig og funksjonelt ideal defineres alle som ikke tilfredsstillende dette idealet som unormale – og rehabilitering har blitt forstått som den prosessen som reparerer den kroppslige skaden.

Stortingsmelding nr. 21 (1998-99) *Ansvar og meistring*, varslet en ny overordnet målsetting for rehabilitering: deltakelse i samfunnet. For mange vil dette innebære en omstillingsprosess og en alternativ utviklingsprosess til den de var i før ulykken skjedde eller sykdommen inntrådte. Noen vil til og med ikke ønske seg tilbake til den tidligere situasjonen.



Diskuter egen praksis opp mot begrepene "reparasjon" og "alternativ utviklingsprosess".

Definisjonen av rehabilitering, som kom på slutten av 90-tallet, innebar derfor et stort skifte:



Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet”.

Stortingsmelding 21 (1998-99)

Vi ser at definisjonen er den samme for habilitering og rehabilitering. Arbeidsformen er den samme, mens det er målgruppene som er forskjellige. Habilitering retter seg mot barn, unge og voksne med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse. Rehabilitering er vanligvis rettet mot tilstander som er ervervet eller har oppstått senere i livet. I dette refleksjonsprogrammet kommer vi til å bruke begrepet rehabilitering om både habilitering og rehabilitering (slik det praktiseres i mange offentlige dokumenter).



Diskuter egen praksis opp mot nevnte diskusjon knyttet til tidsavgrensning. Hvilke muligheter og begrensninger ser dere?

Definisjonen over har blant annet blitt kritisert fordi den fremholdt rehabilitering som en tidsavgrenset prosess. ”For mange brukere er rehabilitering en livslang prosess. De vil oppleve funksjonsforbedringer og forverringer som gjør det nødvendig med habilitering og rehabilitering gjennom hele livsløpet” (Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering, 2017-19). Dette gjelder for eksempel barn med medfødte lidelser eller voksne med kronisk sykdom. Tidsperspektivet er derfor helt utelatt fra den nye definisjonen av rehabilitering, som ble innført 1. mai 2018:



Habilitering og rehabilitering er målrettede samarbeidsprosesser mellom bruker, pårørende, tjenesteytere og på relevante arenaer. Prosessene kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak fra aktørene. Formålet er at brukeren, som har eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet.



Diskuter definisjonen av rehabilitering opp mot din egen tjeneste. I hvilken grad er den nye definisjonen av rehabilitering implementert i prosedyrer/rutiner for deres virksomhet?

Behovet for rehabilitering er ikke knyttet til bestemte diagnoser, men alle personer som ”har eller står i fare for å få begrensninger i sin funksjonsevne”. Gjennom uttrykket «står i fare for» knytter definisjonen et rehabiliterende og forebyggende tankesett sammen. Den tradisjonelle forståelsen av rehabilitering har som nevnt handlet om fysisk funksjonsevne, mens dagens forståelse også favner psykisk, kognitiv og sosial funksjonsevne.



E-læringskurs om behov for rehabilitering.



I Opptappingsplanen for habilitering og rehabilitering (2017-19) legger regjeringen til grunn en bred forståelse av habilitering og rehabilitering som inkluderer alle brukere av helse- og omsorgstjenester som har behov for en målrettet innsats for å opprette, gjenopprette, vedlikeholde og bedre funksjon, forebygge funksjonsfall og å lære å mestre livet med sykdom og funksjonsnedsettelse. (s. 14)

Gjennom samhandlingsreformen ble kommunene tildelt et større ansvar for helse- og omsorgstjenester til befolkningen. Hovedtyngden av habiliterings- og rehabiliteringsinnsatsen skal skje i kommunen - hvor brukeren bor. Kommunene skal ha et system for å fange opp rehabiliteringsbehov blant alle de som oppholder seg i kommunen, og tilby utredning og oppfølging. Ved behov for spesialisert medisinsk faglig kompetanse vil rehabilitering tilbys i spesialisthelsetjenesten, men ellers er hovedregelen at kommunene tar seg av tilbudet til store brukergrupper. Personer med sjeldne og kompliserte tilstander, som har behov for spisskompetanse, bør følges opp i spesialisthelsetjenesten, men vil ofte ha oppfølging fra kommunehelsetjenesten i forkant eller etterkant av tilbudet i spesialisthelsetjenesten, eventuelt parallelt (Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering, 2017-19).

Opptappingsplanen for habilitering og rehabilitering beskriver store endringer i behovet for helse- og omsorgstjenester. Befolkningen vokser i antall og det blir flere eldre. Frem mot 2040 vil antall eldre over 67 år fordobles (Meld. St 14 2014-2015). Det er stipulert at hvis man ikke endrer måte å jobbe på, vil hver tredje ungdom i 2030 måtte utdanne seg innen helsefag. Antall mennesker som lever lenge med sykdom, redusert funksjonsnivå og sansetap er økende, og samhandlingsreformen har overført hovedtyngden av ansvaret til kommunene.



Mer enn før trengs et mangfold av tjenestetilbud, faglige tilnærminger og boformer, der den enkeltes individuelle behov avgjør tilbudet.



Hvilke system har kommunen for å fange opp rehabiliteringsbehov?

Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering, s. 18

Tilbud som bør ytes i kommunene

Tilbud som bør ytes spesialisthelsetjenesten

<p>Tilbud til pasienter og brukere med kroniske sykdommer og tilstander innen de store diagnosegruppene, f.eks:</p> <ul style="list-style-type: none">- muskel- og skjelettsykdommer- livsstilsykdommer- lettere psykiske lidelser- diabetes- kols og lungesykdommer- kreft- rehabilitering i senere fase innen hjerte- og karsykdommer, herunder hjerneslag- rehabilitering ved mindre omfattende behov etter ortopedisk behandling	<p>Rehabilitering av særlig kompleks art, og i akutte faser og ved betydelige endringer i funksjonsnivå, f.eks. til pasienter med:</p> <ul style="list-style-type: none">- progredierende nevrologiske tilstander - ved betydelige endringer og i akutte faser.- nevrologiske tilstander som CP, hjerneslag med komplekse utfall, spinalskade, traumatisk hodeskade- amputasjoner- multitraumer- sjeldne sykdommer og tilstander
<p>Videre anbefales at kommunene styrker tilbudet innen sansetap, læring og mestring og endring av levevaner.</p>	<p>Tiltak fra spesialisthelsetjenesten må omfatte både utredning, behandling, veiledning og opplæring</p>

Utfordringene som er skissert over, vil medføre et stort press på kommunenes helse- og omsorgstjenester i årene framover. Vi må derfor utøve helse- og omsorgstjenester med større fokus på forebygging slik at innbyggerne klarer seg selv så lenge som mulig. Et ny bevegelse, startet av Fredricia i Danmark og Östersund i Sverige, har hatt stor suksess med å styrke hjemmetjenesten slik at de systematisk trener med brukerne. Denne arbeidsformen kalles hverdagsrehabilitering. Dette er en slags «light-utgave» av mer spesialisert rehabilitering. I hverdagsrehabilitering jobber man i brukerens hjem for at brukeren skal mestre hverdagsaktiviteter. Spørsmålet "Hva er viktig for deg?", kartlegging ved hjelp av PSFS (pasientspesifikk funksjonsskala) og "aktivitetshjulet", samt bruk av motiverende intervju som samtaleteknikk har slått igjennom som systematikk i mange av kommunene som har etablert hverdagsrehabilitering som tjeneste. Dette kommer vi tilbake til senere.

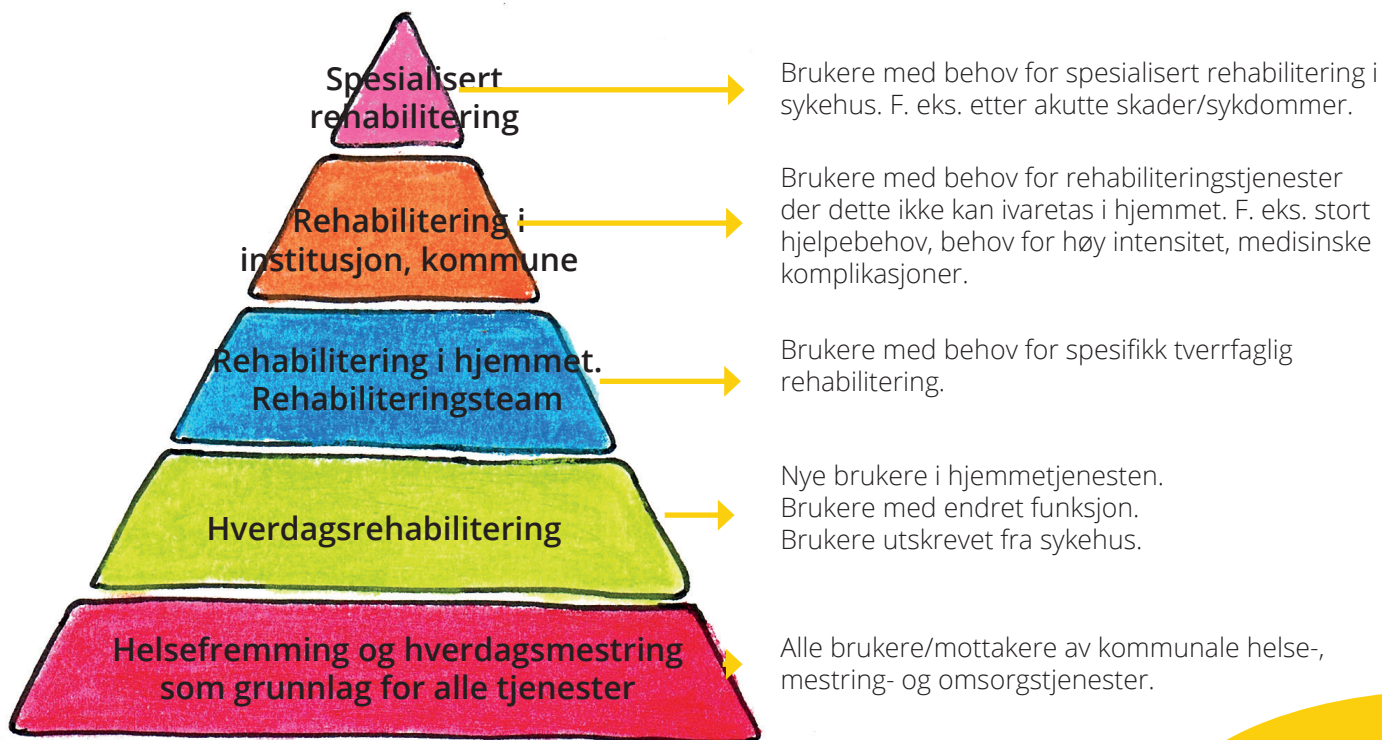
Rehabiliteringspyramiden



Diskutér eksempler fra egen praksis. Hvor er går grensen mellom opptrening og rehabilitering?



Les mer om rehabiliteringspyramiden



Pyramiden skal skissere hvilke tjenester som favner flest brukere. Merk at en bruker kan bevege seg mellom nivåene eller motta tjenester fra flere nivåer samtidig.

«Habilitering og rehabilitering er ingen enkelttjeneste, men en serie tjenester eller tiltak som er satt i et system.» Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering s. 13.

Dette betyr at det ikke nødvendigvis kan kalles rehabilitering når en fysioterapeut følger opp en person som har fått innsatt hofteprotese. Dersom dette tiltaket står alene, kan man kalle intervensjonen for «opptrening». Men opptrening kan være en del av et rehabiliteringsforløp.

Kanskje er funksjonsnivået så mye redusert at vedkommende må finne seg annet arbeid, nye fritidsinteresser og revurdere hvordan livet skal være videre. Da kan det være behov for flere tjenester som må koordineres, og til sammen utgjør rehabilitering.

Flertallet av norske kommuner har de senere årene etablert hverdagsrehabiliteringsteam, innsatsteam, rehabiliteringsteam og liknende som et tilbud til personer som står i fare for å miste funksjon og slutte med aktiviteter. For at man virkelig skal klare å holde befolkningen sprekere lenger, må imidlertid *alle* tjenestene gjennomsyres av en forebyggende og helsefremmende/rehabiliterende måte å jobbe på, og dette tanke settet blir gjerne kalt hverdagsmestring. Det er et mål at alle kommunale tjenester – også utover helsetjenesten – er innrettet mot å fremme mestring.



Du finner mye stoff om hverdagsrehabilitering på kompetansebroen.no.

For å hjelpe til med å skille habilitering/rehabilitering, hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring, kan man tenke seg at rehabilitering gjerne er for brukere som har hatt større omveltninger i livet, og som må igjennom en lengre prosess for å finne ut hvordan de skal leve livet videre. De fleste personene som får tilbud om hverdagsrehabilitering har hatt mindre funksjonsfall. Som oftest er det eldre personer som har hatt et funksjonsfall på grunn av for eksempel et brudd, sykeleie med immobilisering, eller de har opplevd gradvis redusert evne til å klare daglige aktiviteter som personlig hygiene, matlaging og å gjøre innkjøp. Hverdagsrehabilitering utøves gjerne av et tverrfaglig team som kan bestå av for eksempel fysioterapeut, ergoterapeut, sykepleier, vernepleier og helsefagarbeider. Mange kommuner har etterhvert fokusert mindre på spesifikke hverdagsrehabiliteringsteam, og prøver istedet å få et rehabiliterende tankesett, som man har valgt å kalle *hverdagsmestring*, til å gjennomsyre alle tjenester. Dersom man får til hverdagsmestring som en grunntanke i alle tjenester, vil man med små virkemidler kunne forebygge funksjonsfall hos alle brukere. Fremfor alt gjelder det å ikke ta over aktiviteter som brukeren klarer selv. De nevnte tjenestene vil delvis overlappe hverandre.



Hverdagsrehabilitering er en arbeidsform og hverdagsmestring er et tankesett.

Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (s. 19) peker på svakhetene ved dagens tilbud:

- *Svikt i brukermedvirkning: Tjenesteapparatet lykkes ikke med å bistå brukeren i å få fram hva som er brukerens mål eller tilbyr ikke tjenester tilstrekkelig tilpasset brukerens behov.*
- *Svikt i samhandling og koordinering enten internt på samme nivå eller mellom nivåene: Enkelttjenester henger ikke sammen som en helhet for brukeren. Dette gjelder både undersøkelse og kartlegging og de oppfølgende tiltakene.*
- *Svikt i kapasitet: Enkelttjenester som skal bistå brukeren mangler eller har uakseptabel lang ventetid.*
- *Svikt i faglig kvalitet, arbeidsform og/eller organisering: Tjenestene er ikke i tråd med brukerens forventninger eller faglige standarder.*



Diskutér punktene til venstre opp mot egen erfaring av hvor det skjer svikt.

Hva har dere gjort/skal dere gjøre for å forbedre praksis?



En fortelling om Adisa

Adisa kom fra et land langt unna Norge. Han var svært lykkelig da han ble bosatt hos en familie på Vestlandet. Han begynte på norskundervisning, og var ellers med på familiens aktiviteter. Etter et par år innså Adisa at det kom til å bli vanskelig å få jobb i den lille bygda, og han flyttet derfor inn til nærmeste by. Der fikk han en liten hybel. I løpet av disse to årene hadde han begynt å halte litt, og Adisa begynte hos fysioterapeut for å få behandling for hoftesmerter. Han mente selv at smertene skyldtes skader han ble påført da han satt fengslet i hjemlandet på grunn av militærnekt. Etter hvert ble gangproblemene stadig større, og han ble henvist til utredning i spesialisthelsetjenesten. Etter to år fikk han beskjed om at han hadde en progredierende muskelsykdom. Han fikk oppfølging av et team bestående av sykepleier, ergoterapeut og fysioterapeut som drev hjemmebasert rehabilitering. Da rehabiliteringsteamet spurte Adisa hva som var viktig for ham, kom han spesielt med to områder: Å komme seg rundt på egenhånd og å ha en trygg økonomi.

Adisa og fysioterapeuten klarte ikke å bedre gangfunksjonen, siden muskelsykdommen var progredierende. Mange ganger kunne de ikke trene, fordi Adisa ikke hadde spist. Han hadde en stor, oppblåst mage som tegn på proteinmangel. Han sa at han kunne være mett i tre dager etter å ha spist en banan. Han levde på ris, pasta og appelsiner. Han hadde ikke laget mat i hjemlandet, og hadde ingen kunnskap om ernæring. På grunn av muskelsykdommen, var et proteinrikt kosthold av stor betydning. Rehabiliteringsteamet var hjemme hos ham og de trente sammen på å gjøre innkjøp og lage mat, men dette førte ikke til varige endringer. Både fysioterapeuten og ergoterapeuten snakket med Adisa om hjelpemidler, men han hadde – som mange andre – stor motstand mot å bruke rullestol. De forsøkte også å foreslå en del endringer i leiligheten, men Adisa ville ikke ha noen ting. Han sluttet på norskundervisningen fordi han syntes det var for slitsomt. Han pleide å bestille drosje til og fra undervisningen slik at han var der grytidlig om morgenen, og hjem igjen en time etter at siste skoletime var slutt.

Adisa hadde ingen venner eller annet nettverk. Det tok lang tid for rehabiliteringsteamet å bygge opp en relasjon som gjorde at Adisa kunne åpne seg. Kommunikasjonen ble også vanskeliggjort av at han ikke ønsket tolk. Flere ganger vurderte rehabiliteringsteamet å avslutte oppfølgingen fordi de ikke klarte å hjelpe ham, og fordi han ikke fulgte opp det de hadde blitt enige om.



Diskuter møtet mellom Adisa og hjelpeapparatet. Hvilke dilemmaer ser dere?

Diskuter målgruppen for deres tjeneste med tanke på kompleksitet i problemstillinger.

Det tok nesten to år før rehabiliteringsteamet oppnådde en forståelse av hva som var det aller viktigste for Adisa: at ingen andre skulle oppdage at han var syk, og å forsørge familien i hjemlandet. Grunnen til at han kom tidlig til skolen, og reiste hjem etter at medelevene hadde dratt, var at han ville sitte stille på en stol hele dagen, så ingen kunne se at han var funksjonshemmet. Han opplevde noen ganger at andre ville være venner med ham, men da så han bare ned og svarte ikke. De stilte for nærgående spørsmål, og de ville ha ham med på aktiviteter som kunne avslørt den dårlige gangfunksjonen hans. Han ville ikke bruke tolk, fordi folk fra samme land kunne spre rykter tilbake til lokalmiljøet. Da ville han bringe stor skam over familien. De ville bli utstøtt fordi man kunne være redd for smittefare, og søsknene ville ikke bli gift. Dette ville komme til å ødelegge livene til alle i familien.

Maksimal ganglengde for Adisa ble etter hvert redusert til 50-100 meter. Han mente selv at eneste mulighet var å få førerkort og bil, og at dette ville gjøre at han kunne delta i samfunnet uten å bli "avslørt". Men for å få støtte til bil må du være avhengig av bilen til jobb eller skole, og jobb fikk han ikke på grunn av for dårlige norskkunnskaper. Han sluttet på norskundervisning fordi det etter hvert ble for stor belastning å skjule funksjonshemmingen. Etter en stund viste det seg at Adisa ikke brukte penger på mat fordi han sendte alle pengene til foreldrene i hjemlandet. De hadde klaget på telefonen over at han var egoistisk som ikke sendte penger hjem fra det rike landet. Han hadde jo ikke fortalt dem at han var syk.

En dag opplevde han at noen ungdommer ertet ham da han var innom Mc'Donalds. Han sa at det hadde svartnet helt for ham, og han hadde lett etter en kniv. Han fant ingen kniv, og gikk så fort han kunne derfra. Hele natten hadde han ligget og tenkt på hvordan han skulle hevne seg på ungdommene, men da han prøvde å finne dem dagen etter, kunne han ikke kjenne dem igjen.

Adisa følte seg bare som et nummer i rekken hos NAV. Han vurderte å la seg selv forgå for at de skulle se lidelsen hans, og derigjennom forstå at han måtte få mer penger. Han følte seg diskriminert fordi han var utlending, og mente at alle norske personer med funksjonshemming fikk mye mer enn ham, blant annet bil. Han klaget stadig over at alle tjenesteutøverne sa at han kunne «få det og det og det», men det var ikke noe av dette som passet til hans behov.



Diskutér Adisas historie med fokus på fagpersonenes ansvar og roller.



Hvilke kriterier har dere for å tildele tjenesten? Skriv svarene på hver deres lapp og sammenlikn svarene.

Til neste refleksjonssamling

Tenk på en ny bruker dere skal starte å samarbeide med, eller en nåværende bruker som utfordrer fagpersonenes oppfatning av hva som er tjenestens ansvar eller handlingsrom. Planlegg neste møte med bruker med tanke på hvordan dere presenterer deres egen tjeneste og avklarer bruker og tjenesteyters forventninger til hverandre.

